

※請求書は1か月につき1枚でお願いします

# 傷病手当金請求書

		照 合		係	
		決 定 額		※ 円	
組合員証 記号番号	〇〇〇-〇〇	組 合 員 氏 名	共 済 太 郎	所 属 機 関 名	〇〇市役所
傷 病 名	脳 梗 塞	資格取得年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和		
		資格喪失年月日	令和 年 月 日		
発 病 年 月 日	平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	勤務できなくなった 最 初 の 日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
勤務不能と 認められた期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで	30 日 間			
療養のため 勤務できないことに関 する医師の 証 明	今回の請求期間を記入してください。		今回の傷病で休み始めた日 を記入してください。		
	勤務できない状況を主治医が記入してください。		住所 〇〇市〇〇町〇〇 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
標準報酬の 等級及び 月 額	第〇〇級 〇〇〇, 〇〇〇円	請求 期間	令和 〇年 4月 1日から 令和 〇年 4月 30日まで	請求金額	〇〇〇, 〇〇〇 円
障 害 給 付	障害厚生年金額	円	支給開始年月	令和 年 月	
	障害基礎年金額	円	支給開始年月	令和 年 月	
	障害手当金額	円	支給年月日	令和 年 月 日	
退 職 老 齢 年 金 給 付	老齢基礎年金額	円	支給開始年月	令和 年 月	
	( )	円	支給開始年月	令和 年 月	
上記のとおり請求します。		現在受給している年金等があれば記入してください。			
愛知県市町村職員共済組合理事長 様					
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
住所 〇〇市〇〇町〇〇					
請求者 氏 名 共 済 太 郎					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。					
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
職 名 〇〇市長					
所属所長 氏 名 〇 〇 〇 〇					

- ※欄は記入しないでください。
- 退職老齢年金給付欄の( )には、支給を受けている退職老齢年金種別を記入してください。退職老齢年金給付とは、老齢厚生年金等、退職又は老齢を支給事由とする年金をいいます。